

Anexo III - DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

Para a Inscrição de Chapa:

1. Documento de Referência escrito, validado e assinado pelo Conselho Distrital de Saúde com a indicação do conselheiro distrital ou, no caso de Entidade Representativa, ofício de indicação com a assinatura do responsável legal pela entidade (§5º, Art. 59, Regimento do CMS). No impedimento de haver plenária, poderá ser validado pelo Núcleo de Coordenação do CDS.

2. Requerimento para inscrição de chapa, em duas vias (uma das quais destinada à Comissão Eleitoral e outra à chapa com o registro de recebimento da Secretaria Executiva), corretamente preenchido e assinado pelos candidatos.

3. Cópia de documentos de identidade (RG) e CPF de todos os integrantes da chapa.

Para a votação:

I. Crachá de votação fornecido ao assinar a lista de presença no Plenário, acompanhado de documento com foto.

II. Termo de Compromisso documento que será assinado pelo Conselheiro Suplente, que for votar em substituição ao seu Titular.

1. DOCUMENTO DE REFERÊNCIA DO CANDIDATO
EMITIDO PELA ENTIDADE OU CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE

À

Comissão Eleitoral do CMS/POA

N/Capital

O Conselho Distrital de Saúde/ Entidade....., através de
seu representante legal,....., vem
respeitosamente referendar [nome do Conselheiro(a)].....

..... como candidato(a) para concorrer ao pleito do Núcleo de Coordenação do Conselho Municipal de
Saúde, no segmento, conforme faz prova a cópia da ata (do Núcleo
de Coordenação ou do Plenário do CDS, em se tratando de Conselho Distrital de Saúde), em anexo. E,
se eleito(a), comprometemos em mantê-lo(a) como representante deste CDS/ Entidade junto ao
Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, **durante o biênio 2024-2025**, de acordo
com o art. 6º, §5º do Regimento Interno do CMS/POA.

Nestes Termos,

Pede Deferimento

Porto Alegre, dede 202__

Nome do representante legal



Nome da Entidade ou Conselho Distrital de Saúde
(usar folha timbrada da Entidade)



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE
2 -REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO DE CHAPA PARA ELEIÇÃO DO
NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº DA CHAPA _____

| CARGO | NOME COMPLETO S E G . | RG/ CPF TELEFONE ENTIDADEou CDS | ASSINATURA |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------|
| Coordenador(a) | | | |
| Vice Coordenador(a) | | | |
| Coordenador(a) Adjunto(a) | | | |
| Coordenador Adjunto | | | |
| Coordenador Adjunto | | | |
| Coordenador Adjunto | | | |
| Coordenador(a) Adjunto(a) | | | |

PARA USO DA
SECRETARIA EXECUTIVA DO CMS/POA

RECEBIDA ESTA INSCRIÇÃO

EM ____/____/____

ÀS _____h.

PARA USO DA COMISSÃO ELEITORAL

Após análise da documentação, a Comissão Eleitoral (aprova ou rejeita):

_____ a inscrição de chapa.

MOTIVAÇÃO: _____

Em ____/____/____

_____, _____, _____

**Ciente da Decisão da
COMISSÃO ELEITORAL**

Em ____/____/____

Candidato(a) a Coordenador(a)

Deve ser Acompanhado com a Documentação Exigida (Anexo III) pelo Edital